

ZDRAVSTVENO OSIGURANJE I PRAVA PACIJENATA U ZEMLJAMA EVROPSKE UNIJE

Apstrakt

Predmet ovog rada je evolucija pravno-organizacionog okvira za zdravstvenog osiguranja u Evropskoj uniji. Politika Evropske Unije je evoluirala sa svakim proširenjem Unije u cilju da obezbeđenja slobodnog kretanja ljudi, robe, usluga i kapitala, a to je pratilo i zdravstveno zakonodavstvo. Sve države su se i pre članstva ponašale u skladu sa strategijama za ostvarivanje opštih, međunarodnih ciljeva zdravstvenog sistema i unapređivale zdravstveno stanje stanovništva u skladu sa svojim kapacitetima. Međutim, zbog velike razlike u razvijenosti zdravstvenih sistema članica, u jednom trenutku su sloboda kretanja ljudi i njihovo zdravstveno osiguranje dovedeni u pitanje. Pri uspostavljanju sistema zdravstvenog osiguranja koji će biti harmonizovan na nivou Evropske unije, Sud pravde Evropske unije je svojim presudama u više slučajeva imao značajnu ulogu u ostvarivanju prekograničnog prava na zdravstvenu zaštitu. Cilj ovog naučnog rada jeste da pruži uvid u način na koji je zahvaljujući pravno-organizacionom uređenju u zdravstvenom osiguranju prevaziđen princip teritorijalnosti, tako da je omogućena zdravstvena zaštita građanima Evropske unije u svim zemljama unije i šire. Uspostavljen je mehanizam kao i mreža organizacija sa zadatkom da omogući slobodno kretanje pacijenata li da im mogućnost da koriste zdravstvenu zaštitu koja neće uvažavati samo princip teritorijalnosti, već i njihove objektivne potrebe.

Ključne reči: *Evropska unija, zdravstveno osiguranje, sloboda kretanja, zdravstvena zaštita, prava pacijenata, organizacija*

1. Uvod

Pravo na zdravlje i zdravstvenu zaštitu je jedno od osnovnih ljudskih prava i savremena društva imaju obavezu da ga u skladu sa

¹ Fakultet za poslovne studije u Beogradu; e-mail: stosicsanja@gmail.com

² Fakultet za poslovne studije u Beogradu; Predsednik Upravnog odbora Instituta „Torlak“; e-mail: mihajlo.rabrenovic@sbb.rs

raspoloživim resursima obezbede svim svojim građanima³. Zaštita zdravlja ukupne populacije je važno pitanje od javnog značaja, kako na nacionalnom, tako i na međunarodnom nivou. Iz perspektive ljudskih prava, pravo na zdravlje može biti kolektivno, što se ostvaruje kao zaštita javnog zdravlja, pri čemu može biti u suprotnosti sa interesima pojedinca. Tipičan primer je zaštita od zaraznih bolesti i drugih takozvanih „zdravstveno-bezbednosnih pretnji”. Naime, dok javnost ima pravo da bude zaštićena od širenja zaraznih bolesti, pojedinci imaju pravo da budu zaštićeni od nepotrebnih smetnji njihove privatnosti. Drugim rečima, dok pravo na zdravlje potencijalno obuhvata i pravo na javno zdravlje, to može da dovede do konflikata u ostvarivanju pojedinačnih prava, uključujući prava na fizički integritet, privatnost i slobodu kretanja⁴. Budući da su ljudska prava i slobode jedna od osnovnih tekovina EU, odnos između evropskog prava, zdravlja i zdravstvene politike je višestruk, pogotovu sa aspekta slobodnog protoka ljudi, robe, usluga i kapitala. Tokom izgradnje EU, ingerencije pojedinih institucija unije, uključujući i Sud pravde Evropske unije su proširene na brojne oblasti koje utiču na zdravstvenu zaštitu. Ova uzajamna interakcija zdravstvenog sektora i evropskog prava već predstavlja niz izazova za postojeće članice, dok proces proširenja samo doprinosi kompleksnosti⁵.

Opšti, međunarodno deklarirani ciljevi zdravstvenih sistema su jasni, a prvenstveno se odnose na unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva i pružanje finansijske zaštite od troškova zbog bolesti. Međutim, svaka država razvija svoj zdravstveni sistem, čije karakteristike zavise od različitih istorijskih, tradicionalnih, političkih, finansijskih i drugih okolnosti. Stoga su od svog osnivanja, svi sistemi zdravstvene zaštite postavili manja ili veća ograničenja u pogledu usluga koje se pružaju stanovništvu. Jedano od eksplicitnih ograničenja, zajedničko svim sistemima, je princip teritorijalnosti⁶. Drugim rečima, zdravstvena zaštita se uobičajeno obezbeđuje samo u objektima koji su na nacionalnoj teritoriji. Naravno, postoje i izuzeci, naročito kada su u pitanju manje zemlje u kojima je neracionalno razvijati pojedine oblike zdravstvene zaštite. Na primer, postoji duga tradicija da države kao što su Malta i Kipar šalju pacijente u Veliku Britaniju radi lečenja određenih bolesti. U

³ Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima, član 25, 1948

⁴ B. Toebes „Human rights and public health: towards a balanced relationship”, *International Journal of Human Rights*, Vol. 9, No. 4, 2015, 488-504. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13642987.2015.1044814>, 24.10.2015.

⁵ M. McKee et al., „Health policy and European Union enlargement”, *European Observatory on Health System and Policies Series*, 2004, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98392/E82999.pdf, 16.11.2015

⁶ R. Cornelissen, „The Principle of Territoriality and the Community Regulations on Social Security”, *Common Market Law Review*, No. 3, 1996

zemljama izvan EU, odluka da se pacijent uputi na lečenje u inostranstvo se uglavnom donosi od strane nadležnih fondova zdravstvenog osiguranja, ukoliko se proceni da je to neophodno. Situacija u EU je nešto drugačija, s obzirom da načelo slobodnog kretanja ljudi, robe i usluga podrazumeva da pojedinac ne treba da se suoči sa preprekama u ostvarivanju zdravstvene zaštite u drugoj državi članici.

Tokom aktuelnog procesa pridruživanja Srbije EU će biti potrebno značajno prilagođavanje zdravstvenog sistema, što će, između ostalog, uključivati mogućnost lečenja naših građana u drugim zemljama EU, i obrnuto. Ovo istraživanje se fokusira na dostupnost korišćenja prekogranične zdravstvene zaštite, odnosno mobilnost pacijenata u okviru EU i zakonsku regulativu koja to omogućava ili ograničava.

2. Evolucija zakona koji uređuju zdravstveni sektor pri proširenju EU

Savremena istorija međunarodne saradnje u oblasti socijalne sigurnosti i zdravstvenog osiguranja u Evropi počinje pod pokroviteljstvom Evropske zajednice za uglj i čelik (ECSC) koja je formirana Ugovorom iz Pariza 1951. godine. Potreba za globalnim pristupom kada je u pitanju bezbednost na radu i zdravlje radnika postala je još očiglednija sa osnivanjem Evropske ekonomske zajednice (EEZ) Rimskim ugovorom koji je stupio na snagu 1. januara 1958. godine. Jedan od osnovnih principa novog zajedničkog evropskog tržišta je slobodno kretanje radne snage. Članom 48 Ugovora iz Rima omogućeno je slobodno kretanje radnika u okviru EEZ bez diskriminacije na osnovu državljanstva u pogledu zapošljavanja, naknada i drugih uslova rada, pri čemu se radnicima omogućava da u drugoj zemlji članici rade u skladu sa odredbama koje regulišu zapošljavanje građana te države⁷. Takođe, u originalnoj verziji ugovora iz Rima postoji nekoliko odredbi koje se odnose na zdravlje. Članovi 117 i 118 su posvećeni bezbednosti na radnom mestu, a članovi 52-59 slobodnom kretanju usluga koje imaju uticaj na medicinsku profesiju⁸.

Tokom vremena se nametnula potreba za modernizacijom i boljom koordinacijom u pogledu socijalne sigurnosti. Od naročitog značaja, ne samo za zdravstvenu zaštitu radnika, već i za mobilnost pacijenata, je Uredba (EEC) broj 1408/71. Prema ovoj Uredbi, lica koja su zaposlena,

⁷ Y. Jorens, „50 years of social security coordination : past, present, future: report of the conference celebrating the 50th Anniversary of the European Coordination of Social Security Prague 7 & 8 May 2009”, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

⁸ Eurocare (The European Alcohol Policy Alliance), „Public Health at EU level - Historical Background”, http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/eu_health_strategy/public_health_at_eu_level_historical_background, 24.10.2015.

ili su bila zaposlena, u nekoj od država članica i koja su državljani jedne od država članica, ili koji su lica bez državljanstva, ili izbeglice sa prebivalištem na teritoriji jedne od država članica, kao i članovi njihove porodice i njihovi potomci, podležu istim obavezama i uživaju iste pogodnosti po zakonu bilo koje države članice kao i državljani te države⁹.

Jedinstveni Evropski Akt (*Single European Act* – SEA) iz 1986. godine predstavlja prvu značajniju reviziju Ugovora iz Rima, koja omogućava formiranje jedinstvenog evropskog tržišta. Ovim aktom su inicirani evropska monetarna i politička unija, razvoj slobodnog unutrašnjeg tržišta, regulisana spoljnopolitička saradnja država članica, proširena isključiva nadležnost EEZ na oblasti kao što su zaštita životne sredine, istraživačka, tehnološka i regionalna politika i izvršene su značajne institucionalne promene. Najvažnije odredbe koje se tiču zdravstva su u članu 100a, naročito u stavu 3. U njemu se navodi da kada Zajednica sprovodi mere harmonizacije za stvaranje jedinstvenog tržišta, Komisija će uzeti visok nivo zaštite zdravlja kao osnovu za svoje predloge u oblasti zdravlja, bezbednosti, zaštite životne sredine i zaštite potrošača.

EU formalno nastaje 1992. godine putem Ugovora iz Mاستrihta koji se prvenstveno odnosi na pitanja fiskalne i monetarne politike, stvarajući odgovarajuću platformu za uspostavljanje zajedničke valute, evra. U cilju regulisanja i harmonizacije zdravstvenog sektora, ugovor iz Mاستrihta je unapređen time što je dodat član 129 koji prvi put daje Evropskoj komisiji (EK) okvir za pravno delovanje u oblasti javnog zdravlja¹⁰. U suštini, on određuje ulogu Komisije u koordinaciji nacionalnih zdravstvenih politika koje se bave aktivnostima od opšteg interesa, kao što su prevencija bolesti, zdravstvene informacije i obrazovanje. Što je još važnije, precizira se da zdravstvena zaštita predstavlja sastavni deo i drugih politika Zajednice. Zajednica preuzima ulogu da doprinosi akcijama država članica u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja. U ovom članu je naznačeno da države članice imaju obavezu da redovno izrađuju izveštaje o zdravlju i svojim aktivnostima i odgovornostima u vezi sa zdravljem¹¹. Bliže je određena uloga EK u zdravstvenom sektoru koja treba da podržava nacionalne politike u delovanju usmerenom ka poboljšanju javnog zdravlja, sprečavanju bolesti i izbegavanju izvora opasnosti po ljudsko zdravlje. Podsticana je saradnja između zemalja članica, kao i sa zemljama trećeg sveta i nadležnim međunarodnim organizacijama u oblasti javnog zdravlja. Takođe je predviđeno da Savet Evrope, postupajući u skladu sa

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ M. McKee *et al.*, „Health policy and European Union enlargement”, *European Observatory on Health System and Policies Series*, 2004, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98392/E82999.pdf, 16.11.2015

procedurom iz člana 251, a nakon konsultacija sa Ekonomskim i Socijalnim komitetom i Komitetom regiona, treba da doprinese postizanju ciljeva iz ovog člana kroz usvajanje preporuka mera za postavljanje visokih standarda kvaliteta i bezbednosti organa i materija ljudskog porekla, krvi i krvnih derivata, zatim mera iz veterinarske i fitosanitarne oblasti čiji je neposredni cilj zaštita javnog zdravlja i podsticajnih mera za zaštitu i poboljšanje zdravlja ljudi, ne uključujući usklađivanja sa zakonima i propisima država članica.

Na sastanku Evropskog saveta u Kopenhagenu 1993. godine usvojeni su "kriterijumi iz Kopenhagena", set pravila koja definišu da li zemlja ispunjava uslove za priključenje Evropskoj uniji. Kriterijumi zahtevaju da država ima institucije za očuvanje demokratskog upravljanja i ljudskih prava, funkcionalnu tržišnu privredu i da prihvata obaveze i namere EU. Pri tome se prvenstveno podrazumevaju: stabilnost institucija koje garantuju demokratiju, vladavinu prava, ljudska prava i poštovanje, kao i zaštitu manjina; postojanje funkcionalne tržišne privrede, kao i kapacitet da se nosi sa pritiscima konkurencije i tržišnim snagama unutar Unije; sposobnost preuzimanja pravnih tekovina EU ("*Acquis communautaire*"), uključujući poštovanje ciljeva političke, ekonomske i monetarne unije, kao i stvaranje uslova za integraciju putem izmene administrativnih struktura, tako da zakonodavstvo EU može biti transponovano u nacionalno zakonodavstvo efikasno putem odgovarajućih administrativnih i sudskih struktura. Poglavlja zakonodavstva EU u okviru "*Acquis communautaire*" koja su od posebnog značaja za zdravstveni sektor su poglavlje 13, o socijalnoj politici, i poglavlje 23, o potrošačima i zdravstvenoj zaštiti. Međutim, gotovo sva poglavlja imaju neke direktne, ili indirektno implikacije na zdravstveni sektor. Pravni okvir EU je u stalnom procesu usavršavanja, a značajan napredak predstavlja Ugovor iz Amsterdama (potpisan je 1997. godine, a stupio je na snagu 1999. godine) kojim je Evropski parlament dobio veća ovlašćenja u različitim oblastima, uključujući nove mogućnosti da donosi propise koji se odnose na imigraciju, građansko i krivično pravo, da vodi spoljnu i bezbednosnu politiku, kao i da impementira institucionalne promene koje omogućavaju ekspanziju EU putem pridruživanja novih zemalja članica¹². Kao posledica potrebe da se ojača nadležnost u sektoru javnog zdravlja u Ugovoru iz Amsterdama, u članu 152 je navedeno "visok nivo zdravstvene zaštite će biti osiguran pri implementaciji politike i aktivnosti zajednice". Član 152 proširuje domen politike u oblasti javnog zdravlja koji nagoveštava da će Unija poštovati odgovornosti u državama članicama za organizovanje i pružanje zdravstvenih usluga i medicinske nege. Međutim, EU ima

¹² *Ibid.*

posebno pravo da donosi zakone o krvi, organima i tkivima (sigurnost i kvalitet krvi, krvnih derivata, ljudskih tkiva i ćelija u lečenju).

U prilog zapažanju da EU sve više pažnje poklanja unapređenju zdravlja građana govori i činjenica da je 2000. godine formiran Direktorat za zdravstvenu zaštitu i zaštitu potrošača (SANCO)¹³ i intenzivirane su aktivnosti na različitim programima za očuvanje i unapređenje zdravlja na nivou unije.

3. Prepreke za slobodno kretanje pacijenata

Države članice su pokušavale da izoluju svoje zdravstvene politike i zdravstvene sisteme od uticaja EU, za šta postoje opravdani razlozi. Naime, pojedine države ulažu više u svoje zdravstvene sisteme i imaju bolje razvijenu službu zdravstvene zaštite od drugih, a te razlike nisu beznačajne ni u okviru EU. Stoga im nije u interesu da državljani drugih zemalja članica troše njihove resurse, pogotovu ako se ima u vidu činjenica da se ulaganja u zdravstveni sistem određene države planiraju na nacionalnom nivou tako da zadovolje predviđene potrebe svojih građana. Takođe im, uglavnom, nije u interesu da njihovi građani ostvaruju prava iz oblasti zdravstvene zaštite u inostranstvu, jer se u tim slučajevima moraju izdvojiti dodatna sredstva za refundaciju tako nastalih troškova.

EU je prvobitno izgrađena na ekonomskim principima i njena uloga u sistemu socijalne zaštite država članica je relativno slaba. Ipak, nadležnosti EU u oblasti zdravstva se stalno razvijaju. Tome je značajno doprineo Sud pravde Evropske unije (ranije Evropski sud pravde - ESP) svojim presudama koje se odnose na refundaciju troškova u oblasti zdravstvene zaštite. Među prvima i najpoznatijima su slučajevi Kohll i Decker¹⁴. Radi se o građanima Luksemburga kojima je njihov fond zdravstvenog osiguranja odbio da isplati naknadu za troškove u drugim članicama EU koji su se odnosili na nabavku naočara u Belgiji (slučaj Decker), odnosno zubne proteze za dete u Nemačkoj (slučaj Kohll), sa obrazloženjem da nisu prethodno dobili saglasnost za ostvarivanje ovih prava izvan zemlje. ESP je u ovim sporovima presudio u korist građana. Obrazloženo je da pravilo koje se odnosi na prethodno traženje odobrenja za kupovinu naočara predstavlja prepreku za slobodno kretanje roba, s obzirom da podstiče osiguranike da radije kupuju medicinske proizvode u

¹³Eurocare (The European Alcohol Policy Alliance), „Directorate General Health and Consumer Affairs (DG SANCO)”, http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/eu_health_strategy/public_health_at_eu_level_historical_background, 24.10.2015.

¹⁴„Judgments of the Court of Justice in Cases C-120/95 and C-158/96 Nicolas Decker v Caisse de Maladie des Employés Privés and Raymond Kohll v Union des Caisses de Maladie“, Press and Information Division Press Release No 26/9828 April 1998, <http://curia.europa.eu/en/actu/communiqués/cp98/cp9826en.htm>, 08.10.2015

svoj zemlji, nego u drugim državama članicama. U slučaju stomatološke terapije u vanbolničkim uslovima, ESP je zauzeo stav da se takav tretman može smatrati uslugom, pa bi prethodno traženje odobrenja predstavljalo barijeru kada je u pitanju sloboda pružanja usluga. Sud je prilikom izricanja presude naveo da u slučajevima neopravdanog i nekontrolisanog korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu postoji rizik od ozbiljnog podrivljanja ravnoteže sistema socijalnog osiguranja, što može opravdati barijere poput instituta predhodne saglasnosti, ali je utvrdio da naknada navedenih troškova, pošto je u skladu sa tarifama u Luksemburgu, neće imati značajan uticaj na finansiranje sistema zdravstvene zaštite u ovoj državi članici. Ove presude iz 1998. godine se smatraju prekretnicom u ostvarivanju prava pacijenata na slobodno kretanje i zdravstvenu zaštitu u okvirima EU.

ESP je presudio u korist pacijenata i u slučajevima bolničkog lečenja. U literaturi se kao prvi citiraju slučajevi Smits i Peerbooms iz 2001. godine¹⁵. Bez dobijanja prethodne saglasnosti od svog zdravstvenog osiguranja, građani Holandije su zbog neuroloških bolesti lečeni u Nemačkoj (slučaj Smits), odnosno Austriji (slučaj Peerbooms), pri čemu su primenjeni modaliteti lečenja koji u to vreme nisu bili dostupni u Holandiji. Holandsko zdravstveno osiguranje je odbilo da plati lečenje sa obrazloženjem da je terapija koju su ovi pacijenti dobili neuobičajena, a da je adekvatno lečenje bilo dostupno u Holandiji. U ovim slučajevima presuda se takođe odnosila na primenu principa slobode pružanja usluga, konkretno, na to da li zahtev za dobijanje prethodne saglasnosti za bolničko lečenje u inostranstvu predstavlja prepreku za slobodu pružanja usluga? Uprkos argumentima da bolničko lečenje ne predstavlja privrednu aktivnost u smislu Ugovora EU, a samim tim u ovoj sferi ne važi sloboda pružanja usluga, ESP je ocenio da zdravstvene delatnosti, uključujući i bolničku negu spadaju u okvir člana 60 Ugovora. Sud je i u ovim slučajevima ocenio da, iako uslov prethodne saglasnosti za bolničko lečenje u drugim zemljama EU predstavlja ograničenje slobode pružanja usluga, ovakav postupak bi se mogao opravdati primarnim razlozima koji se odnose na stabilnost nacionalnih sistema socijalnog osiguranja. Međutim, naknada troškova ne može po automatizmu biti odbijena ukoliko ne postoji prethodna saglasnost, već to može biti učinjeno samo ako pacijent može da dobije istu, ili jednako efikasnu terapiju, i to bez nepotrebnog odlaganja, koju obezbeđuje fond zdravstvenog osiguranja u zemlji čiji je građanin.

U cilju boljeg regulisanja prava slobodnog kretanja pacijenata u okviru EU od strane Evropskog parlamenta i Saveta doneta je Uredba (EZ

¹⁵ A. E. Pauluset al., „Cross Border Health Care: An Analysis of Recent ECJ Rulings”, *European Journal of Law and Economics*, 14, 61-73, 2002.

) br 883/2004. Građani EU kojima je potrebno lečenje tokom privremenog boravka u inostranstvu, na primer za vreme godišnjeg odmora, dobijaju pravo da zatraže Evropsku karticu zdravstvenog osiguranja (European Health Insurance Card - EHIC) od svog nacionalnog tela socijalnog osiguranja. U slučaju potrebe za hitnim medicinskim zbrinjavanjem u inostranstvu, kartica im obezbeđuje pravo na lečenje čiji će troškovi biti nadoknađeni od strane zemlje porekla. Prateći evropski princip solidarnosti, sve zemlje EU i 4 članice evropskog prostora slobodne trgovine (EFTA) uspostavile su 2006. godine sistem za primenu ove kartice. EHIC se izdaje besplatno i omogućava svakome ko je osiguran da dobije lekarsku pomoć u nekoj drugoj državi članici besplatno, ili po sniženoj ceni, ako je neophodno hitno lečenje zbog bolesti ili nesreće, ili ako ima hroničnu bolest koja zahteva medicinsku negu, kao što su bolesti bubrega zbog kojih su neophodne česte dijalize. Rok važenja kartice varira u zavisnosti od zemlje izdavanja. Sistem je stvoren sa namerom da omogući ljudima da nastave svoj boravak u inostranstvu, bez povratka kući kako bi dobili zdravstvenu negu. Određene zemlje imaju i dodatne uslove za izdavanje EHIC kartice (npr. Rumunija zahteva najmanje 5 godina posedovanja nacionalnog zdravstvenog osiguranja). U Srbiji zdravstveno osiguranje priznaje EHIC kartice samo iz pojedinih zemalja EU¹⁶.

U celini, može se smatrati da Uredba 883/2004 omogućava pokriće troškova zdravstvene zaštite u inostranstvu, tradicionalno zasnovano na pravu koje se odnosi na radnike migrante, hitne tretmane tokom boravka građana i privremenu terapiju hroničnih pacijenata za vreme boravka u inostranstvu uz predhodno odobrenje naknade troškova. Ona ne predstavlja značajan napredak u pogledu većih prava na zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, već se fokusira na praktične aspekte njihovog ostvarivanja, što je pojednostavljeno uvođenjem međunarodne kartice zdravstvenog osiguranja.

Šire tumačenje uredbi koje se odnose na slobodan protok robe, kapitala, usluga i ljudi unutar Unije, uključujući i sudsku praksu sa presudama u korist građana, omogućilo je stvaranje nove kategorije mobilnih pacijenata čiji status nije eksplicitno regulisan predhodnim Uredbama. To, na primer, ilustruje situacija u kojoj običan građanin EU putuje u druge države članice EU, bez prebivališta na toj teritoriji, da dobije lekarsku pomoć bez prethodnog odobrenja od svoje institucije zdravstvenog osiguranja. Ova konstelacija je predmet nove Direktive 2011/24/ES Evropskog parlamenta i Saveta EU od 9. marta 2011. godine

¹⁶ Citizens information,

http://www.citizensinformation.ie/en/travel_and_recreation/travel_abroad/e111.html, 23.10.2015.

o primeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti¹⁷. Ova novousvojena Direktiva se naziva i „Direktiva o mobilnosti pacijenata“ i odnosi se na sve građane EU koji žele da dobiju zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama. Ona teži da donese jasan okvir za prekogranični medicinski tretman, pri čemu naknada troškova koji nastaju u inostranstvu postaje transparentna za pacijente.

4. Direktiva 2011/24/EU Evropskog Parlamenta i Saveta o primeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

Direktiva se zasniva na članovima 114. i 168. Ugovora o funkcioniranju Evropske unije (UFEU). Član 114 predstavlja odgovarajući pravni temelj, s obzirom da je cilj većine odredbi ove Direktive poboljšanje funkcionisanja unutarnjeg tržišta i slobodno kretanje roba, ljudi i usluga, što treba da važi i kada su u pitanju zdravstvene usluge. Ovim članom je izričito propisano da je pri postizanju harmonizacije zakonodavstva u okviru EU potrebno osigurati visok nivo zaštite zdravlja ljudi. Zdravstveni sistemi u državama članicama Unije predstavljaju centralnu komponentu koja omogućava visok nivo socijalne zaštite i doprinose socijalnoj koheziji, pravdi i održivom razvoju. Oni su deo šireg okvira usluga od opšteg interesa. Bez obzira na mogućnost da pacijenti dobiju prekograničnu zdravstvenu zaštitu prema ovoj Direktivi, države članice zadržavaju odgovornost za pružanje sigurne, kvalitetne, efikasne i količinski zadovoljavajuće zdravstvene zaštite građanima na svojoj teritoriji. Međutim, inkorporisanje ove Direktive u nacionalno zakonodavstvo i njena primena ne bi trebalo da predstavljaju podsticaj pacijentima da se leče izvan države članice čiji su građani.

Na osnovu zaključaka Evropskog saveta iz 2006. o zajedničkim vrednostima i načelima u zdravstvenim sistemima EU, postoji niz načela funkcionisanja koja su im zajednička i koja su neophodna kako bi se osiguralo poverenje pacijenata u prekograničnu zdravstvenu zaštitu koja je potrebna za ostvarenje mobilnosti pacijenata i visokog nivoa zaštite zdravlja. Savet smatra da se praktični načini na koje se ostvaruju te vrednosti i načela znatno razlikuju između država članica. Konkretno, odluke o paketu zdravstvene zaštite na koju građani imaju pravo i mehanizmi koji se koriste za njeno finansiranje i pružanje, moraju se uzeti u nacionalnom kontekstu. Ovom se Direktivom poštuje i ne dovodi u pitanje sloboda svake države članice da odluči koju vrstu zdravstvene

¹⁷ Directive 2011/24/EU of the European Parliament and the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:en:PDF>, 03.11.2015

zaštite smatra prikladnom. Stoga jasna prava koja građani imaju kada se kreću iz jedne države članice u drugu imaju posebnu vrednost kako bi se osigurala pravna sigurnost. Direktiva daje detaljan pravni okvir fokusiran na tri glavne oblasti:

1. pravila koja se odnose na naknadu troškova prekogranične zdravstvene zaštite
2. odgovornosti država članica u vezi prekogranične zdravstvene zaštite
3. saradnja zdravstvenih sistema¹⁸

S obzirom da nedovoljna saradnja između zdravstvenih sistema i nedovoljna informisanost pacijenata predstavlja jedan od glavnih razloga pravne nesigurnosti, Direktiva predviđa razvoj nacionalnih kontaktnih tačaka (*National Contact Points - NCP*) i Evropske referentne mreže (*European Reference Network - ERN*). NCP treba da predstavljaju institucije koje pružaju podršku pacijentima u njihovim postupcima za refundiranje troškova nastalih usled lečenja u inostranstvu, kao i da im omogućavaju da na osnovu relevantnih informacija naprave najbolji izbor u pogledu ostvarivanja prava iz oblasti zdravstvene zaštite koja se nudi u drugim državama članicama EU. ERN ima za cilj da olakša pristup dijagnostici i zdravstvenim uslugama u slučaju potrebe za visoko specijalizovanim medicinskim tretmanima, posebno kada se radi o pacijentima pogođenim retkim bolestima.

Da bi se izbegao rizik od podrivanja nacionalnih zdravstvenih sistema sa aspekta planiranja i finansiranja, države mogu propisati predvideti postupak prethodnog dobijanja saglasnosti za određeni vid prekogranične zdravstvene zaštite, posebno ukoliko se radi o bolničkom lečenju ili korišćenju visoko specijalizovanih medicinskih ustanova ili skupe opreme. Prilikom obrade zahteva za prekograničnu zdravstvenu zaštitu, države članice moraju uzeti u obzir zdravstveno stanje pacijenta, kao i hitnost specifičnih okolnosti. Država pripadnosti može odbiti da izda saglasnost u specifičnim slučajevima, ali se u skladu sa ovom Direktivom smatra da ona automatski postoji ako zdravstvena služba ne može da obezbedi neophodno lečenje na teritoriji pacijenta u roku koji je medicinski opravdan s obzirom na zdravstveno stanje pacijenta.

Većina država članica je formalno uključila Direktivu u svoje zakonodavstvo. Međutim, načini na koji ova direktiva stupa u interakciju sa zakonima koji se bave nacionalnim zdravstvenim sistemima su kompleksni, i postoji političko neslaganje u mnogim državama članicama. Prvi izveštaj pokazuje da relativno mali broj pacijenata u EU koristi pravo

¹⁸ *Ibid.*, 7

na prekograničnu zdravstvenu zaštitu.. Stope mobilnosti pacijenta za sada ostaju na niskom nivou, što se tumači razlozima kao što su dodatni troškovi, želja da se lečenje obavlja u poznatom mestu, jezičke barijere i sl. Po mišljenju Komisije, mobilnost pacijenta ostaje za sada nedovoljno korišćena prilika u EU¹⁹.

5. Zaključak

Iako su zdravstveni sektor i zdravstvene usluge izuzeti iz Ugovora u Mastrihtu, na osnovu teksta ugovora iz u Amsterdama, zdravstvene usluge mogu da budu pružene samo ako celokupan prostor EU funkcioniše kao jedno tržište. U skladu sa osnovnim ekonomskim zakonitostima je da jedinstveno tržište može da funkcioniše samo ako garantuje slobodu kretanja ljudi i ako ti ljudi mogu da putuju bez straha od gubitka zdravstvene zaštite koju uživaju u svojoj zemlji. Postavljen je mehanizam, ne samo za različite grupe ljudi čiji rad obuhvata prekogranična putovanja, već i za građane koji se nalaze izvan svoje domovine, tako da dobiju zdravstvenu negu i u drugim državama članicama. Dakle, proces stvaranja zajedničkog zdravstvenog sektora jeste jedan od predmeta evropskog prava koje je u neprekidnom procesu dogradnje. EU je razvila regulatorna tela sa odgovarajućim transparentnim i nediskriminatornim zakonodavstvom koje pokriva mnoge oblasti koje su direktno uključene u pružanje zdravstvene zaštite. Ovaj sistem uključuje kompleksan skup, u velikoj meri regulisanih odnosa između institucija za prikupljanje i distribuiranje sredstva i provajdera koji pružaju zdravstvene usluge u skladu sa određenim pravilima i standarima. Kao posledica toga, mnoge države članice su imale probleme da se uključe u proces zdravstvene zaštite na jedinstvenom evropskom zdravstvenom tržištu. Razlike između zdravstvenih sistema u državama članicama EU postale su uočljivije sa pristupanjem jednog broja bivših socijalističkih zemalja centralne i istočne Evrope. Osim različitih vrsta zakona vezanih za pravnetekovine EU-a, vrlo je važno i postojanje onoga što se naziva mekim pravom (soft law), a u čijem stvaranju učestvuje mreža različitih organizacija²⁰. Meko pravo sastoji se od niza neformalnih sporazuma o saradnji, različitih vrsta savetovanja i pokušaja primene najbolje prakse. Cilj je bolja koordinacija politika zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravstvenih

¹⁹ Eur-Lex, „Compliant with the obligations foreseen under Article 20(3) of Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare”, Report from the Commission to the Council and the European Parliament, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52014DC0044>, 24.11.2015

²⁰ F. Terpan, „Soft Law in the European Union The Changing Nature of EU Law”, European Law Journal, Wiley, 2014, pp.40.

ishoda u državama članicama. Iako takve mreže i sporazumi još uvijek nisu deo pravne tekovine EU-a i nemaju snagu zakona, čini se da su ipak doveli do pozitivnih rezultata u području javnog zdravstva. Može se reći da pravni okvir i institucije koje se bave slobodom kretanja ljudi u EU i dalje evoluiraju u skladu sa osnovnim ciljevima slobode kretanja, a pri tome se sve više vodi računa o slobodnom protoku zdravstvenih usluga i mobilnosti pacijenata.

Assistant professor Sanja Stosic, Ph.D

Faculty of Business Studies in Belgrade

Assistant professor Mihajlo Rabrenovic, Ph.D

Faculty of Business Studies in Belgrade

Chairman of the Managing Board of the Institute „Torlak“

HEALTH INSURANCE AND PATIENTS' RIGHTS IN THE EUROPEAN UNION

Summary

Human rights and freedoms are one of the main achievements of the European Union. This paper is about the evolution of the legal and organisational framework that regulates health insurance in the European Union. EU policy has evolved with each enlargement of the EU in order to ensure the free movement of people, goods, services and capital, health legislation evolved as well. All states have behaved in accordance with international health sector goals to improve the health status of the population in accordance with its powers, however due to the large differences in the of health sector development, at one time the freedom of movement of people and their health insurance is brought into question. In establishing a health insurance system that which would be implemented throughout the European Union, the European Court of Justice handed down its judgment in several cases and played an important role in the developing the European health insurance card. The goal of this scientific paper is to provide an insight into the ways in which, thanks to the legal regulation of the health insurance, principle of territoriality has been overcome in order to enable health care to citizens of the European Union in all EU countries and beyond. Institutions

were created in order to regulate whether cost of treatment made abroad could be refunded. Mechanism was created for that purpose as well as a network of organizations in order to enable free movement of people and give them the opportunity to use health care is needed.

Key words: European Union, health insurance, freedom of movement, health care, patients' rights, organisation.